

SCHULVERBAND WALDASCHAFF

Name	
Vorname	
Straße/HsNr	
PLZ	
Ort	
Telefon	
eMail	
PK-Nr.	

Zahlungsempfänger	
Gläubiger-Identifikationsnr.	
Mandatsreferenz	

SEPA-Lastschriftmandat

Das Mandat ist für folgende Leistung gültig:

Name des Kindes	
-----------------	--

Wählen Sie bitte die Tage aus, an denen Ihr Kind zum Essen kommt.

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Zahlungsbeginn	
----------------	--

meine Bankverbindung

Geldinstitut			
BIC		IBAN	
Kontoinhaber			
Ort			
Datum			

Unterschrift des zeichnungsberechtigten Kontoinhabers

Bitte sorgen Sie dafür, dass Ihr Konto für die einzuziehenden Beträge die erforderliche Deckung aufweist, andernfalls ist das kontoführende Geldinstitut nicht verpflichtet, dem Abbuchungsauftrag zu entsprechen. Durch die Rückgabe von Lastschriften entstehen Kosten.

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihrer Bankverbindung bzw. Adresse mit.